UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 79

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE

L'ULCERO-CANCER

DE L'ESTOMAC

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1912

PAR

Jean TALLEZ

Né à Nimes le 17 juillet 1889.

Externe des Hôpitaux (Concours 1909).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

RAUZIER, Professeur. *Président.*
BAUMEL, Professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé. } *Assesseurs.*
EUZIÈRE, Agrégé

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1912

DE

L'ULCÉRO-CANCER

DE L'ESTOMAC

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 79

DE

L'ULCERO-CANCER
DE L'ESTOMAC

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1912

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Jean TALLEZ

Né à Nîmes le 17 juillet 1889.

Externe des Hôpitaux (Concours 1909).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — RAUZIER, Professeur, *Président.* ; BAUMEL, Professeur. ; SOUBEYRAN, Agrégé. ; EUZIÈRE, Agrégé. — *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (O ✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap.génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲),

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG, chargé des fonct.

Examinateurs de la thèse ;

MM. RAUZIER, professeur, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
BAUMEL, *professeur.*	EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Faible hommage de mon affection et de ma reconnaissance filiale.

A MA FEMME

J. TALLEZ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

J. TALLEZ.

DE

L'ULCÉRO-CANCER

DE L'ESTOMAC

AVANT-PROPOS

La question que nous allons exposer n'est point nouvelle et a donné lieu, depuis longtemps, à de nombreux travaux, à de multiples controverses, à des discussions de doctrine.

Un courant s'est établi en faveur de la théorie lyonnaise qui, avec M. le professeur Tripier, nie l'ulcéro-cancer et l'assimile, dans tous les cas, à un cancer à évolution très lente ; un autre, parti de l'école allemande, affirme que le néoplasme gastrique est toujours développé sur un ulcère.

La question est actuellement résolue pour la dégénérescence plus ou moins fréquente de l'ulcus en cancer.

Cela ne change rien à la thérapeutique, elle soumettra à l'opération chirurgicale l'ulcus chronique et ancien dont on redoute une fâcheuse évolution.

Mais pourquoi rayer du cadre nosologique une maladie

qui apporte avec elle un groupe de signes et de symptômes bien personnels, une évolution qui lui est propre ?

C'est à ce travail de mise au point que nous nous sommes appliqué, en suivant l'opinion que M. le professeur Rauzier soutenait dans une de ses leçons cliniques.

Avant d'aborder l'exposé de cette thèse, nous prions M. le professeur Rauzier, qui nous l'indiqua, de recevoir nos sentiments les meilleurs de gratitude : pour le maître qu'il fut pour nous, pour la méthode claire avec laquelle il nous initia, au lit du malade, à la clinique et à la thérapeutique. Ce sont ses idées que nous apportons ici, et nous ne ferons autre chose que suivre, autant que possible sa conception de notre sujet.

Que MM. les professeurs Baumel et Estor reçoivent aussi nos remerciements pour l'enseignement qu'ils nous donnèrent, pendant notre stage d'externat, dans leurs services.

Je n'oublie point M. le professeur Vires, MM. les professeurs agrégés Leenhardt, Riche et Soubeyran, M. le professeur agrégé Euzière qui nous prépara à l'externat, et M. le docteur Roger qui a mis à notre disposition d'utiles et nécessaires conseils.

HISTORIQUE

La dégénérescence cancéreuse de l'ulcère gastrique fut signalée par Cruveilhier en 1839. Rokitansky, en 1840, indiqua, dans la coexistence de l'ulcus et du cancer, la préexistence du premier. La question fut reprise et précisée en 1848 par Dittrich, Brinton, Waldeyer.

De nombreux travaux, depuis, parurent en Allemagne : Lebert en 1878, Litten, en 1882, donnèrent des statistiques : le premier notant la transformation cancéreuse de l'ulcus dans neuf cas sur cent, le second établissant une plus grande fréquence de ce processus.

Zenker, en 1882, admit que tous les cancers de l'estomac se développeraient sur des ulcères et son élève Hauser, en 1883, confirma cette opinion et signala, le premier, l'hyperchlorhydrie dans le cancer greffé sur l'ulcus.

Une quantité d'observations parurent dans la suite. Petersen-Borstel, Gravenhorst, Reimers apportèrent des travaux cliniques, cependant que Rosenheim, de 1888 à 1890, étudiait la muqueuse de nombreux estomacs cancéreux et concluait à son atrophie dans le cancer primitif et à son intégrité dans le carcinome secondaire à l'ulcus ; il revenait sur le signe que Hauser avait déjà signalé, c'est-à-dire la persistance de l'acide chlorhydrique libre, en faisant un signe, a priori, de cancer développé sur l'ulcère.

D'un autre côté, l'école lyonnaise avec M. le professeur Tripier et son élève Duplant nia la possibilité d'une pareille évolution : pour eux, tous les cas prétendus d'ulcéro-cancer sont en réalité des cas de cancer à évolution particulièrement lente, « souvent le néoplasme peut simuler l'ulcère par l'hyperchlorhydrie et la persistance de l'acide chlorydrique libre ». De plus, ils prétendent qu'il n'a pas été démontré, anatomiquement et d'une façon irréfutable, la transformation de l'ulcère gastrique en cancer ; leurs arguments en faveur de la préexistence du néoplasme sont : la présence de cellules épithélioma-teuses jusque dans le bord de l'ulcération, la présence de tubes cancéreux infiltrant la zone de sclérose qui les limite, l'oblitération des vaisseaux.

Ces deux opinions, celle de Zenker et Hauser d'une part, celle de Tripier et Duplant de l'autre, ont donné lieu depuis à de nombreuses études les soutenant ou les discutant.

En 1901, Bouveret, Bœckel, Berrier, Bowman et Albu signalent plusieurs cas d'ulcères opérés qui n'étaient en réalité que des néoplasmes.

La même année, le professeur Hayem reprend la doctrine de la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère : « On peut dire, ajoute-t-il quelques années plus tard, que le cancer de l'estomac est un ulcère dégénéré dans plus d'un cinquième des cas.

» Nous voyons, en effet, que l'ulcère perforant au niveau duquel la paroi stomacale est, pour ainsi dire, rapiécée, appelle la dégénérescence cancéreuse, et cela surtout dans la région pylorique qui est la plus exposée aux contacts prolongés et plus ou moins violents avec tous les irritants introduits et produits dans l'estomac. »

En 1903, Audistère (Thèse de Paris) apporte des con-

clusions favorables à la cancérisation de l'ulcère, tandis que Sanerot, en 1905 (Thèse de Lyon), reprend, développe la théorie du professeur Tripier et cherche à réfuter la thèse d'Audistère.

En décembre 1909, Blanchard, Wilson et Mac Carty, dans le Journal Américain des Sciences Médicales, publient un article sur les relations de l'ulcère et du cancer gastrique et concluent, d'après l'examen de pièces recueillies au cours de nombreuses opérations pratiquées par les frères Mayo, que le cancer se développe sur les bords des ulcères gastriques.

Kelling, en 1910, rapporte cinquante et un cas d'ulcères dont un tiers ont présenté la dégénérescence cancéreuse.

Boin, en 1911 (Thèse de Bordeaux), réfute l'idée du cancer d'emblée.

En somme, nous nous trouvons entre deux théories extrêmes : celle de Zenker et celle de Tripier. Cependant, il y a place pour une opinion moins catégorique qui considère le cancer comme se développant plus ou moins fréquemment sur un ulcus. Et si l'historique de la question nous signale les études nombreuses qui ont soutenu l'école allemande ou l'école lyonnaise, il nous indique, avec Hanot, Letulle, Mathieu, Dieulafoy (dans ses Leçons cliniques, t. I), avec Hayem, Berrier, Audistère, Boin, qu'un grand nombre de médecins se rangent à l'idée de la cancérisation plus ou moins fréquente de l'ulcère. C'est aussi cette opinion que M. le professeur Rauzier a exposée et défendue dans une de ses leçons cliniques (9 février 1912).

Sans doute il paraît, au premier abord, délicat d'établir d'exactes démarcations entre l'ulcère cancérisé et le cancer d'emblée secondairement ulcéré, mais une analyse des

données cliniques, chimiques et anatomo-pathologiques nous semble résoudre le problème, en affirmant la réalité de l'ulcéro-cancer. Et c'est à la description des phases de ce processus que nous en demanderons la preuve en partant des observations suivantes.

OBSERVATIONS

Observation Première

Rauzier et Roger. — Sur un cas de cancer greffé sur un ulcère gastrique et d'un nouvel ulcus développé à la surface de l'infiltration cancéreuse. (Soc. Sciences Méd. Montpellier, 9 février 1912).

A. P..., artiste prestidigitateur, âgé de 65 ans, entre le 18 décembre 1911, à l'Hôpital Suburbain, salle Fouquet, n° 20, dans le service du professeur Rauzier, pour anorexie et gastralgie.

Le malade se plaint de ne pas avoir d'appétit; son dégoût, très intense, s'étend à tous les aliments, indifféremment. Les substances absorbées passent facilement, mais déterminent de la douleur ou plutôt une sensation de pesanteur au creux épigastrique. Seuls, le bouillon, le lait, le chocolat sont bien supportés. Il n'y a pas de douleurs spontanées, en dehors de l'alimentation. Les selles sont normales et régulières, pas de glaires, pas de sang.

La voix est enrouée ; il s'agirait d'une affection chronique datant d'une vingtaine d'années, s'accentuant chaque fois qu'il y a souffrance ou contrariété. Il n'y a pas de dyspnée, de toux, ni d'expectoration.

Le malade urine bien, il se lève même trois ou quatre fois la nuit. Il n'y a pas d'albuminurie.

Il accuse une diminution de force considérable, en particulier aux membres inférieurs, sans douleur aucune.

Il n'a pas de céphalée et dort bien. Il a beaucoup maigri, de 17 kilos, depuis le début de sa maladie. Il pesait autrefois 67 kilos et en pèse actuellement 50.

Les températures du matin et du soir sont normales.

Le début de la maladie remonte à sept mois environ, après de violents chagrins (perte, à deux mois d'intervalle, de sa femme et de sa fille âgée de dix huit ans), à la suite desquels le malade s'était livré momentanément à quelques excès alcooliques.

Antécédents personnels. - Une fluxion de poitrine il y a dix ans.

Examen. — Nous sommes en présence d'un sujet très amaigri, au teint un peu terreux. La langue est légèrement blanche, humide.

L'inspection de l'abdomen montre de la voussure dans la région épigastrique et une légère circulation complémentaire à la partie inférieure de l'abdomen.

A la palpation, il y a un contraste très net entre la moitié inférieure du ventre, qui est souple, et la moitié supérieure, qui offre, vers la ligne médiane, une zone de résistance nette, allant de l'ombilic à l'appendice xiphoïde, et occupant, dans le sens transversal, dix centimètres environ.

A la percussion, cette zone est mate à sa partie supérieure, légèrement sonore à sa partie inférieure. La limite supérieure du foie n'est ni surélevée, ni abaissée ; on n'a pas l'impression que le foie soit augmenté de volume.

On ne trouve pas de ganglion sus-claviculaire de Troisier, mais quelques ganglions inguinaux. Il n'y a pas de subictère conjonctival.

Diagnostic — Quoiqu'on ne puisse, par la palpation, délimiter nettement les contours d'une tumeur, on a l'impression d'un néoplasme infiltrant dans toute son éten-

due la paroi stomacale. Cette hypothèse cadre d'ailleurs avec l'amaigrissement du malade, son anorexie, ses troubles gastriques, ses ganglions inguinaux. On pose le diagnostic d'infiltration cancéreuse de la paroi gastrique, occupant la surface antérieure de l'estomac, mais n'ayant pas envahi encore la paroi postérieure, n'ayant pas déterminé de rétrécissement du pylore, d'où l'absence ou la rareté des vomissements dans la symptomatologie. En raison des troubles généraux, de la présence de ganglions, de la douleur, on élimine, sans trop s'y arrêter, l'hypothèse de la linite plastique.

Le malade est ultérieurement montré au professeur Forgue qui confirme le diagnostic ; toute intervention est refusée par le malade.

9 janvier. — Le malade n'a guère attiré notre attention par quelque nouveau symptôme ou par l'accentuation de ses douleurs, depuis son entrée dans le service. Il va et vient dans la salle. Il est de plus en plus anorexique, n'absorbe que quelques tasses de lait et quelques petits gâteaux. Il n'a vomi qu'une fois, le 8 janvier, sans hématémèse ; il est constipé et n'a jamais remarqué de mélœna.

Le 9 janvier, il se plaint, le soir, à la contre-visite, vers les 6 heures, de douleurs abdominales vives, qu'il éprouve depuis quelques heures au creux épigastrique ; il n'a pas vomi. Son ventre n'est pas ballonné. On lui fait, à 6 h. 30, une injection de 1 centigramme de morphine, qui ne paraît pas calmer les douleurs. On voit le malade se lever, à 8 heures, pour aller aux cabinets à l'autre bout de la salle ; on le voit se recoucher. Et voilà qu'à 4 heures du matin, le veilleur le trouve mort dans son lit, sans qu'une manifestation nouvelle ait attiré l'attention des infirmiers ni de ses voisins de lit. Les draps ne sont pas souillés ; il n'y a pas eu de vomissements, ni de selles, pas d'hémor-

ragie, le décès paraît remonter au moins à deux ou trois heures.

Le matin, quand nous apprenons cette mort nous émettons plusieurs hypothèses : celle d'une défaillance du cœur, peu plausible à cause du bon état antérieur du myocarde ; celle d'intoxication par la morphine, mais la mort n'est survenue que plusieurs heures après l'injection, dont la dose était normale ; d'ailleurs, dans les premières heures après l'injection, le malade n'a manifesté aucun malaise. On pense plutôt à une complication directe du cancer : hémorragie abondante, mais ne s'étant pas traduite à l'extérieur, ou perforation avec péritonite suraiguë.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, qui n'est ni météorisé ni rétracté, on trouve un peu de liquide péritonéal, louche, mélangé à des matières jaunâtres et noirâtres sentant mauvais.

La région épigastrique est tout entière occupée par le foie, très volumineux, hérissé de champignons blanchâtres, présentant le type classique du cancer secondaire.

Ce n'est qu'en soulevant le foie qu'on aperçoit l'estomac, en particulier la région pylorique, entièrement masquée par la glande hépatique. Il existe d'ailleurs de nombreuses adhérences entre le foie et l'estomac. En un point de la face antérieure de cette région pylorique, ainsi découverte, on aperçoit une petite perforation d'où s'écoule un peu de liquide brunâtre. Dans cette région, exactement au niveau de la partie interne de la petite courbure, l'estomac est très infiltré, très induré, tandis que la grande courbure et le reste du viscère ont leur souplesse normale.

Pour enlever l'estomac, on est obligé de sectionner, aux ciseaux et au bistouri, des adhérences intimes avec le

foie, avec le pancréas, avec un gros paquet ganglionnaire siégeant au niveau de la petite courbure.

L'estomac n'est pas dilaté, il ne contient pas de liquide hémorragique. Vue par sa face interne, la perforation occupe le centre d'une grande ulcération, ovalaire, à grand axe vertical, siégeant à un centimètre et demi de la valvule pylorique. Cette ulcération offre, du côté du pylore, un bord assez rectiligne, induré, descendant en escalier jusqu'à la perforation, où il présente une zone très amincie, colorée par un pigment noirâtre, probablement hématique ; le bord opposé, concave, de couleur normale, est induré, calleux, à pic. De ce bord, et surtout du pôle supérieur de l'ulcération, part une masse indurée qui fait saillie et va s'élargissant et infiltrant toute la paroi de l'estomac jusqu'à la petite courbure. La section de cette masse montre que son épaisseur dépasse, par places, deux centimètres. Au voisinage de cette ulcération s'en trouve une seconde, de dimensions un peu inférieures (pièce de deux francs), également ovalaire, dont les bords sont taillés à pic et en escalier, mais qui n'a pas abouti à la perforation. Elle siège sur un large placard cancéreux, peu épais, infiltrant la paroi stomacale, et qui fait suite à la masse plus volumineuse décrite ci-dessus.

Le pylore est nettement perméable.

Le foie présente sur ses deux faces de multiples et volumineux nodules, de coloration blanchâtre, faisant saillie à la surface de l'organe, et dont les plus gros ont la dimension d'une noix ; à la coupe, on voit son parenchyme truffé de nodules analogues.

Poids, 1.600 gr.

Les reins sont pâles, pèsent chacun 150 gr.

Le cœur a une paroi flasque, ne contient pas de caillots

à l'intérieur. Léger athérome de l'aorte. Poids, 280 gr.

Poumons, normaux.

Examen microscopique (professeur Bosc).

1° *Grand ulcère.* — Au niveau du rebord que forme la tumeur indurée et qui empiète sur l'ulcération, on constate, au niveau de l'ulcération, une infiltration cancéreuse nette, qui part de la surface dépourvue de muqueuse et de muscularis mucosæ et qui s'enfonce profondément à travers la musculaire qu'elle dissocie. Cette néoformation est constituée par des amas aciniformes ou compacts, tapissés de cellules cylindroïdes ou remplis de cellules plus ou moins atypiques.

A mesure que l'on s'éloigne de l'ulcération et que l'on gagne la partie indurée volumineuse, on constate que la muqueuse devient apparente, mais il n'en existe que quelques culs-de-sac et la muscularis mucosæ, la sous-muqueuse et la musculaire sont infiltrées de cancer. Un peu plus loin, la muqueuse perd sa hauteur normale, mais toute sa partie superficielle est désagrégée et vide de cellules glandulaires. Dans les parties profondes, on constate des culs-de-sac volumineux, à cellules dissociées, et surtout une infiltration extrêmement prononcée de cellules rondes qui remplissent la muqueuse et isolent les culs-de-sac glandulaires. La muscularis mucosæ est dissociée. L'infiltration est constituée par de petites cellules rondes et par quelques amas cancéreux qui pénètrent dans la sous-muqueuse et s'infiltrent fortement dans la musculaire.

Plus loin, on trouve les lésions de la muqueuse que l'on observe généralement au voisinage des ulcères de l'estomac (infiltration de cellules rondes avec conservation de la muscularis mucosæ) les lésions cancéreuses ne se montrent que dans les parties les plus profondes.

2° *Petit ulcère.* — Sur le fond : ulcération infiltrée, depuis la surface jusqu'aux parties les plus profondes, de cellules épithéliales cancéreuses, qui, au niveau de la surface ulcérée, sont fréquemment dissociées et plus ou moins désagrégées.

Sur le bord : destruction de la muqueuse, effilochée, sauf dans la partie inférieure où existent quelques culs-de-sac et une prolifération intense de cellules rondes avec infiltration cancéreuse de la muscularis mucosæ et de la musculaire. Plus loin, muqueuse conservée, quoique désagrégée dans ses parties superficielles : culs-de-sac volumineux, entourés de larges zones d'infiltration à cellules rondes ; muscularis mucosæ conservée.

Observation II

Anglada et Baumel. (Soc. sc. méd. Montpellier, mars 1911).

M... L..., âgé de 50 ans, cultivateur, entre dans la salle Combal, n° 30, dans le service de M. le professeur Carrieu, le 28 novembre 1910, pour maux d'estomac.

Début, il y a dix ans, par des phénomènes de gastrite. Depuis 17 mois, anorexie plus marquée, digestions plus difficiles et amaigrissement rapide. Le malade ne peut plus continuer son travail ; il passe la plupart de son temps dans le décubitus dorsal et perçoit de temps à autre, pendant ses digestions, des sensations douloureuses antéro-postérieures, rappelant la douleur en broche.

Depuis un mois, vomissements spontanés ; auparavant, les vomissements étaient parfois provoqués par le patient (introduction du doigt dans la gorge) qui se trouvait

alors soulagé. Les vomissements sont irréguliers, sans rapport avec l'heure des repas : ce sont des mucosités et des glaires, coupées, il y a quinze mois, par la production de mélœna constaté une seule fois et, au début de la production des troubles gastriques, par quelques vomissements de sang pur qui ne se seraient plus reproduits.

Au moment de son entrée, le malade vient surtout pour son amaigrissement et la difficulté des digestions. Il ne souffre pas et les vomissements ont disparu depuis huit jours.

A l'inspection : c'est un homme maigre, à peau terreuse, jaune paille.

Amaigrissement de sept kilos en un an. Pas de maladies antérieures. Seulement, deux à trois litres de vin par jour et deux absinthes.

Le 29 novembre, le malade est au lait et aux œufs. Anorexie très prononcée. Pesanteur extrême dans la région épigastrique deux à trois heures après l'ingestion des aliments, avec sensation de brûlure le long de l'œsophage. Eructations nombreuses, sonores et fétides. Constipation habituelle.

Quelques palpitations, surtout post-prandium.

Le matin quelques régurgitations d'un liquide amer.

Rien du côté pulmonaire.

Dans l'aine, nombreux ganglions. Dans le creux susclaviculaire gauche, ganglions petits et douteux comme signe de Troisier.

Langue saburrale, fétide. Estomac dilaté, clapotement, pas d'ondulation de la paroi.

A la palpation : pas de douleur provoquée, pas de sensation de tumeur, seulement sensation de résistance profonde dans la région juxta-pylorique.

Rien à l'intestin.

Foie et rate normaux.

Battements cardiaques au creux épigastrique.

Premier bruit mitral dédoublé, deuxième claqué, faux galop.

M. le professeur Carrieu donne de la poudre de charbon et du benzo-naphtol.

L'état s'améliore jusque vers le 12 janvier : les vomissements et les renvois cessent, le malade désirerait s'alimenter. A ce moment, nous notons une légère hématémèse et quelques vomissements, malgré le régime lacté absolu.

Les vomissements, au point de vue chimique, renferment une quantité d'acide chlorhydrique inférieure à la normale.

Les jours qui suivent, les hématémèses se reproduisent, la cachexie s'aggrave, les ganglions de Troisier deviennent plus nets, les douleurs gastriques deviennent de plus en plus fortes jusqu'au 9 février, au matin, où nous notons une douleur brutale, en coup de poignard, siégeant dans la région péri-ombilicale, avec hématémèse abondante, sans mélœna. La face est pâle, blafarde, les yeux excavés, les muqueuses décolorées, les extrémités refroidies, le pouls filiforme

Localement, le thorax est cyanosé, résistance très douloureuse à la pression dans la région péri-ombilicale, sans ballonnement du ventre, sans matité, en un mot sans signe de péritonite ou d'épanchement intra-péritonéal.

Le malade meurt quelques instants après.

Avant de parler des résultats trouvés à l'autopsie, disons un mot de deux analyses d'urines pratiquées le 16 décembre et le 20 janvier :

Analyse d'Urines	16 Décembre	20 Janvier
Quantité	1650	750
Densité.....	1007	1023
Réaction.....	Acide	Acide
Urée par 24 heures.....	15,87	33,6
Urée par litre.....	9,62	44,8
Chlorures par 24 heures....	3,30	0,6
Chlorures par litre	2	0,8
Albumine.....	traces légères	Néant
Sucre.....	Néant	Néant

Le diagnostic fait était évidemment celui de néoplasme gastrique. Or nous étions habitués à la loi de Rommelaere, qui énonçait que le diagnostic de cancer de l'estomac se faisait toujours lorsque l'urée tombait d'une façon suivie, au-dessous de 12 grammes par jour, et qu'au contraire, on devait en rejeter l'idée si le taux de l'urée était supérieur à ce chiffre. Or, ici dans notre cas, c'est une hypochlorurie et une hyperazoturie que nous notons.

Le rapport de l'urée sur les chlorures de la première analyse est de :

$$\frac{15,87}{3.30} = \frac{5}{1}$$

Dans la deuxième de :

$$\frac{33,6}{0,6} = \frac{35}{1}$$

Il était donc permis d'hésiter, bien que Friederich Muller, dans ses recherches sur la façon dont se comportent les échanges azotés chez les cancéreux, ait trouvé que l'élimination de l'azote l'emporte sur l'ingestion, le corps s'appauvrit en albuminoïdes. L'autopsie de notre malade vint nous prouver l'exactitude des travaux de Muller.

L'estomac, perforé sur sa face antérieure, un peu en avant du pylore, est très anémié, la perforation a le volume d'un petit pois. La portion supérieure de cet estomac est anémié ; au contraire, la partie moyenne présente une muqueuse épaissie, soulevée, hypertrophiée avec quelques petites exulcérations.

Cette disposition s'exagère à mesure qu'on se rapproche du pylore, où nous trouvons un véritable mamelonnement des tuniques gastriques.

Au niveau de la perforation, nous trouvons un ulcère large comme une pièce de deux francs, à bord surélevés et taillés à pic, un peu rougeâtres ; le bord antérieur atrophié repose sur un plan induré. Un autre ulcère se trouve en arrière du premier dans la région pylorique, avec encore, en arrière de lui, deux ulcérations petites tendant à la confluence.

Le pylore est dur, jaunâtre et bosselé, et cette masse qui sert de base aux ulcères nous montre, à l'examen microscopique, une dégénérescence épithéliomateuse.

ÉTIOLOGIE ET FRÉQUENCE

L'ulcéro-cancer de l'estomac semble débuter après cinquante ans. Les deux observations que nous présentons indiquent un sujet de 65 ans, un autre de 50 ans.

Dans les observations de la thèse de Sanerot on trouve:

Un seul malade âgé de moins de 30 ans, 4 malades ayant de 30-40 ans, 10 de 40-50, 8 de 50-60, 7 au-delà de 60 ans.

Les hommes paraissent plus souvent atteints que les femmes.

On a incriminé la gastrite chronique et l'alcoolisme comme causes prédisposantes; nous trouvons cet antécédent chez nos deux malades et dans beaucoup des observations qui ont été déjà publiées.

S'il est habituel de rappeler le rôle du traumatisme, de l'hérédité, des intoxications chroniques et professionnelles (arsenic, cuivre, etc.), du paludisme, nous ne croyons pas devoir y attacher une grande importance, cependant les excitations et les irritations de la muqueuse de l'estomac, soit d'origine exogène, soit d'origine endogène, ont certainement une influence adjuvante, mais ici, comme dans toute évolution cancéreuse, l'étiologie, pour le moment, demeure obscure.

LÉSIONS

I. Examen anatomique. — La lésion est, en général, prépylorique, située sur la paroi antérieure de l'estomac à une distance plus ou moins grande du pylore. Cependant, il peut arriver que la lésion occupant la face postérieure de l'organe passe inaperçue si l'on n'explore pas l'arrière-cavité des épiploons.

Elle peut être simple ou multiple.

Forme. — Elle se présente sous la forme d'une ulcération allongée dans le sens antéro-postérieur, dont la plus grande largeur répond à la petite courbure ; le bord stomacal est assez régulièrement convexe, le bord pylorique légèrement échancré ou rectiligne. Lorsque la lésion est petite, sa forme est arrondie.

Dimensions. — Ses dimensions sont variables, elle peut se présenter avec un diamètre comparable à celui d'un petit pois, d'une pièce de cinquante centimes, de deux francs, elle peut enfin atteindre la largeur d'une paume de main et même davantage.

Aspect général. — C'est celui d'un ulcère ancien, ayant détruit toute l'épaisseur des parois de l'estomac, à fond épiploïque, à bords épaissis et calleux avec des parties voisines infiltrées.

Le fond. — Est constitué en général par un des organes voisins de l'estomac ; il peut être formé par la tunique musculaire, il l'est plutôt par la face antérieure du corps du pancréas, et, s'il est plus étendu, par la troisième portion du duodénum ou par la face inférieure du foie ; enfin, il peut dépasser les adhérences qui l'unissent aux organes environnants, il est alors formé par la séreuse péritonéale épaissie par la périgastrite.

Le fond peut être lisse, dur.

D'autres fois, des inégalités, des bosselures, des nodules se présentent enchassés dans le tissu fibreux ; nodules quelquefois assez gros, sans rappeler cependant le carcinome primitif ulcéré.

Tantôt une artère béante ou oblitérée par un caillot sanguin se rapproche davantage de l'aspect de l'ulcère.

On peut voir aussi des anfractuosités, des fistules qui communiquent avec des abcès de voisinage.

Enfin, comme dans l'ulcère, on peut trouver des perforations.

Les bords. – Sont arrondis ; du côté de l'ulcère, ils sont très épais, d'une hauteur variant de un centimètre à un centimètre et demi, ils sont à pic. Du côté de la muqueuse, c'est en pente douce qu'ils se dirigent vers la muqueuse des parties saines.

La muqueuse des bords est inégale, boursouflée, ulcérée par places.

Sténose pylorique. — C'est une lésion de voisinage, la valvule n'est pas atteinte par l'ulcération, mais elle est envahie par l'infiltration de la sous-muqueuse et l'hypertrophie de la musculaire. Il en résulte le rétrécissement de l'orifice.

L'estomac. — N'est pas dilaté. Audistère explique ce fait par le jeûne volontaire auquel se soumettent ces malades et par le rejet des ingesta et des liquides sécrétés en abondance par l'estomac ; il est, en général, très anémié.

Les adhérences. — Avec les organes voisins, sont nombreuses, c'est avec le pancréas surtout, avec le duodénum et le foie qu'elles se créent. La rate, le côlon transverse peuvent être intéressés.

Les ganglions. — Voisins, ils sont presque toujours hypertrophiés ; les ganglions du hile, du foie, ceux de la petite courbure et du bord supérieur du pancréas sont gros et durs.

La généralisation peut se faire au foie ou au péritoine, et nous en avons un exemple dans notre observation I, qui nous montre un foie bourré de nodules néoplasiques.

Les viscères sont décolorés, ce qu'explique l'anémie et la cachexie du malade.

Notre observation I est très intéressante au point de vue des lésions anatomiques. « Elle présente deux lésions nettement distinctes : d'une part, une grande ulcération prépylorique, à centre perforé, à bords taillés à pic, d'où part une néoplasie cancéreuse ; d'autre part, plus loin, une petite ulcération non perforée, à bords en escalier, développée en pleine masse néoplasique. Pour toutes deux, il s'agit bien d'ulcus. Mais la première, dont un des bords est devenu le point de départ du cancer, a subi, elle-même, une dégénérescence cancéreuse presque complète, dissociant son tissu propre et le rendant presque méconnaissable, si bien qu'à un examen superficiel, on pourrait se demander s'il ne s'agit pas d'un cancer ulcéré au lieu d'un ulcus cancérisé. La seconde, qui occupe le centre de la tumeur, ne présente qu'une partie de son

fond en dégénérescence épithéliomateuse ; ses bords rappellent la structure typique de l'ulcère. Toutes deux constituent une association d'ulcère et de cancer. Mais l'une représente le mode d'association le plus fréquent, le cancer, qui se développe aux dépens de l'ulcère, l'envahit et se substitue à lui, c'est le type de l'ulcéro-cancer avec son siège périphérique, sa forme en demi lune ; l'autre est caractérisée par la coïncidence, côte à côte, sur la même paroi de l'estomac, de deux lésions différentes, l'une superficielle, ulcère, l'autre profonde : cancer, sans qu'il paraisse y avoir de relations nettes entre les deux : il s'agit d'un ulcère qui parait s'être développé sur une infiltration cancéreuse, c'est là une lésion beaucoup plus intéressante, parce que beaucoup plus rare que l'ulcéro-cancer.

» A l'examen des coupes, on a l'impression que, sur un épithélioma occupant la profondeur de la paroi stomacale, est venu, secondairement, se greffer à la superficie un ulcus. Toutefois, une autre hypothèse est encore plausible, quoique cadrant moins avec les lésions constatées : c'est celle de l'infiltration cancéreuse, partie du premier ulcus et envahissant, de proche en proche, dans la profondeur, une région voisine, occupée déjà, à sa superficie, par un second ulcus, du même âge ou peut-être un peu plus jeune que le précédent. »

Toutes ces lésions si diverses sont une preuve de la difficulté que l'on peut avoir parfois, même pièces en mains, de différencier l'ulcus du cancer, comme Tuffier le proclamait à la Société de chirurgie (26 mai 1899).

II. Examen histologique. — Hauser, en 1883, avait signalé la transformation adénomateuse fréquente des glandes de la muqueuse au bord immédiat de l'ulcère.

Que le processus vienne à s'accentuer, les tubes en bourgeonnant envahiront la profondeur. La muscularis mucosæ sera franchie et dissociée.

L'envahissement deviendra épithéliomateux par sa marche, ses cellules atypiques et désorientées, la rupture de la membrane limitante.

Toutes les variétés d'épithélioma pourront se rencontrer (épithélioma cylindrique, atypique, colloïde).

Mais les lésions ne seront pas homogènes sur toute la surface malade, et tandis que nous avons trouvé, au niveau de la cancérisation, tous les caractères du néoplasme, plus loin la muqueuse présentera les lésions habituelles au voisinage des ulcères de l'estomac (infiltration de cellules rondes avec conservation de la muscularis mucosæ).

SYMPTOMATOLOGIE

Le début peut s'annoncer par des phénomènes de gastrite. Apparaissant le plus souvent d'une façon insidieuse et lente, la maladie peut se traduire d'autres fois, mais plus rarement, par un incident brusque, une hématémèse par exemple.

Le malade, en général amaigri, au teint terreux, se plaint d'anorexie, de dégoût très intense pour tous les aliments ; il ressent après avoir mangé une sensation de lourdeur au creux épisgastrique ; peu à peu, il en arrive à ne plus supporter que des aliments liquides.

Pendant ses digestions, tantôt une demi-heure après ses repas, tantôt à un moment plus éloigné, apparaissent des douleurs très vives, siégeant au creux épigastrique, s'irradiant vers la colonne vertébrale (12ᵉ D.), comparables en tout point à la douleur en broche de l'ulcère de l'estomac.

Ces douleurs s'accompagnent de renvois acides, de vomissements que le malade provoque quelquefois pour son soulagement.

Chez quelques-uns, le siège maximum de la douleur est un peu à droite de la ligne médiane, vers la vésicule biliaire.

Ces douleurs, toujours identiques à elles-mêmes, demeurent jusqu'à la fin, en augmentant cependant d'acuité.

Rarement elles font défaut.

Le malade présente du pyrosis, des régurgitations acides, des vomissements.

Ces vomissements peuvent venir par crises, atténuant l'accès douloureux au milieu duquel ils s'installent ; le plus souvent, ils sont irréguliers, sans rapport avec les repas.

Aqueux, ils constituent les eaux du cancer qu'il ne faut pas confondre avec les pituites alcooliques ; ici, leur caractère est d'être « rejetés facilement et sans effort » (Moussault).

Alimentaires, ils peuvent présenter deux formes : s'ils sont abondants, habituels, ils feront penser à une sténose du pylore ; s'ils augmentent de fréquence, ils seront une cause de cachexie et d'un fâcheux pronostic.

Les hémorragies se rencontrent dans l'ulcéro-cancer de l'estomac sous forme d'hématémèses et de mélœna.

Les hématémèses sont rarement précoces, rarement abondantes au début.

Il arrive plus souvent que les vomissements soient striés de sang, que les selles soient teintées par un suintement sanguin, marc de café, semblables à de la suie délayée.

Quelquefois, l'hémorragie peut manquer.

Enfin, l'hémorragie peut être abondante et foudroyante au début et peut être la cause de la mort à la période terminale de l'évolution.

La constipation est la règle.

A l'examen physique :

Le malade est, en général, très amaigri, son teint est terreux ; la langue est légèrement blanche, humide dans la plupart des cas.

La palpation de l'abdomen montre un contraste assez frappant entre la région du creux épigastrique et la région inférieure du ventre ; la première donne une sensation de résistance nette, de tension : on y trouve rarement la sensation que donne une tumeur, la pression profonde est douloureuse, pénible ; la seconde est, au contraire, souple.

Le foie est rarement modifié de volume.

Dans le creux sus-claviculaire gauche, on trouve assez souvent, pas toujours, les ganglions hypertrophiés constituant le signe de Troisier.

Le chimisme gastrique. — Il est classique de considérer la présence d'acide chlorhydrique en excès comme favorable à l'idée d'ulcus et de réserver à l'anachlorhydrie une signification diagnostique de cancer de l'estomac.

L'étude des matières vomies donne les résultats suivants dans l'ulcéro-cancer.

On trouve de l'acide chlorhydrique dans un certain nombre de cas (17/30 d'après Sanerot).

Dans d'autres cas, c'est la diminution de l'acide chlorhydrique qui ressort de l'analyse.

Il nous paraît donc que, suivant que l'élément ulcère ou que l'élément néoplasme prédomine dans la lésion, suivant qu'un processus morbide a précédé l'autre, en conservant une plus grande valeur pathologique, on pourra trouver des examens chimiques dissemblables d'une observation à l'autre, mais s'expliquant par les formes cliniques différentes d'un même processus.

L'examen chimique révèle aussi la présence de l'acide lactique.

Positive, dès le début, dans certains cas, la réaction

d'Uffelmann n'apparaît, d'autres fois, que tardivement, à la période ultime de l'affection.

Or, l'acide lactique est surtout dû aux fermentations des résidus alimentaires, qu'entrave la présence de l'acide chlorhydrique en excès et la libre circulation des aliments par le pylore.

Sa présence indiquera donc une forme sténosante ou une atrophie étendue de la muqueuse empêchant la production de l'acide chlorhydrique et favorisant ainsi celle de l'acide lactique.

Mais, dans la majorité des cas, c'est (nous le répétons) tardivement qu'il apparaîtra.

En tout cas, il y a toujours coïncidence d'acide lactique et d'acide chlorhydrique, malgré ce que nous avons dit plus haut, et le fait est assez particulier, sans que la venue de l'un amène la disparition totale de l'autre.

Examen des urines. — On trouve peu de renseignements, dans les observations publiées, sur l'état des urines dans l'ulcéro-cancer de l'estomac.

Cependant, il serait intéressant de vérifier la loi de Rommelaere suivant laquelle le chiffre de l'urée, tombant d'une façon suivie au-dessous de 12 grammes par jour, serait un signe de cancer.

Dans notre observation II où l'analyse des urines a été faite à deux reprises, nous trouvons une hyperazoturie, et cette persistance de l'urée ne nous paraît pas en contradiction avec l'ulcéro-cancer, dont l'ulcère, encore actif, n'influe pas comme le cancer sur la formule urinaire.

Analyse d'Urines	16 Décembre	20 Janvier
Quantité	1650	750
Densité.....	1007	1023
Réaction.....	Acide	Acide
Urée par 24 heures.....	15,87	33,6
Urée par litre.....	9,62	44,8
Chlorures par 24 heures....	3,30	0,6
Chlorures par litre	2	0,8
Albumin	traces légères	Néant
Sucre.....	Néant	Néant

ÉVOLUTION

L'évolution peut être lente ou rapide. Disons tout d'abord que c'est une marche progressive de l'affection que l'on observe le plus souvent.

Pendant de longs mois, le malade, après un début douloureux, dyspeptique ou hémorragique, présentera des alternatives de santé et de malaise.

Les périodes de rémission seront de plus en plus rares ; les symptômes frustes coupés d'une recrudescence de crises douloureuses, de vomissements, d'hématémèses et de mélœna.

Avec une allure progressive, la maladie évoluera, augmentant d'intensité, ses manifestations devenant de plus en plus fréquentes.

Les douleurs sont alors quotidiennes et vives, les vomissements suivent chaque repas, les hémorragies cachectisent de plus en plus le malade.

A ce moment, les forces de ce dernier disparaissent, l'amaigrissement est considérable, les forces diminuent de jour en jour, une anémie excessive progresse jusqu'à entraîner une forte inanition.

On voit alors des œdèmes s'installer, la phlegmatia alba dolens a été signalée.

Rien n'est anormal du côté de la température, mais une généralisation, une hémorragie ou une perforation entraînent la mort. Cette évolution lente dure de 25 à 30 ans en moyenne.

L'évolution peut être rapide ; c'est au début une perforation, une hématémèse foudroyante qui emportent le malade.

COMPLICATIONS

En effet, ce sont là (hématémèse et perforation) les complications les plus redoutables et leurs symptômes sont pareils à ceux d'un ulcus saignant ou perforé.

Hémorragies. — Elles sont une complication, soit par leur intensité, soit par leur persistance.

Lorsque l'hémorragie est brusque et abondante, on voit le malade pâlir, en proie à des phénomènes syncopaux ; en même temps, c'est un vomissement de sang noir qui apparaît, précédant la mort de peu de temps.

A cette forme plutôt rare, s'oppose celle, plus fréquente, du suintement continu de la lésion ulcérée.

Ce sont de petits vomissements marc de café, ou bien une striation sanglante qui colore les aliments ou les liquides rejetés par l'estomac.

Les selles ont l'aspect de suie délayée.

Ces hématémèses, ces mélœnas influent beaucoup sur l'anémie qui se développe, grâce à leur continuité et leur répétition. Les malades sont des « anémiques blancs et non des cachectiques jaunes », dit M. Devic. Et c'est ainsi une évolution clinique, une complication de l'ulcus plutôt qu'une allure cancéreuse qui prédomine chez le malade.

Les perforations sont très fréquentes, mais elles ont peu de retentissement clinique à cause des fortes adhérences qui unissent l'estomac aux organes voisins. Cependant, il arrive que ces adhérences soient insuffi-

santes : des collections purulentes se développent, il se fait des abcès sous-phréniques.

Si les adhérences n'ont pas eu le temps de se constituer, il se déclare une péritonite généralisée foudroyante.

Comme dans notre observation II, où les adhérences étant insuffisantes pour circonscrire l'évolution, c'est une douleur atroce en coup de poignard, des vomissements, de la dyspnée, du refroidissement, le pouls est petit, le ventre dur, il y a du collapsus cardiaque.

Dans notre observation première, il ne paraît pas y avoir eu de douleur violente, il n'y a pas eu de vomissements.

L'exitus n'était point dû non plus, comme on aurait pu le supposer avant l'autopsie, à une hémorragie abondante entraînée par la perforation.

Alors, pour expliquer cette mort, survenue en quelques heures, presque en sourdine, il faudrait plutôt invoquer le collapsus rapide, par choc péritonéal, produit par l'épanchement des aliments dans la cavité abdominale, comme dans un cas de Lejone et Milanoff (Soc. Anat., 1900). Dans notre cas, l'insuffisance hépatique, qui résultait nécessairement de l'envahissement si marqué de cet organe, constituait une condition très notable de moindre résistance, elle a certainement contribué à la mort rapide et extrêmement silencieuse.

FORMES CLINIQUES

Les formes cliniques de l'ulcéro-cancer de l'estomac diffèrent suivant que la maladie se rapproche de l'ulcère ou du cancer.

Dans le premier cas, tous les symptômes de l'ulcus

prédomineront, et les examens de laboratoire, l'autopsie, les vérifications anatomo-pathologiques viendront confirmer l'examen clinique.

Douleurs, vomissements, hémorragies à caractère d'ulcus, anémie plus importante que la cachexie, rareté des œdèmes et de la phlegmatia alba dolens, tels seront les symptômes.

Le chimisme gastrique sera franchement hyperchlorhydrique, la loi de Rommelaere jamais vérifiée. Enfin, les complications sanglantes ou la perforation indiqueront l'ulcus bien plus que le néoplasme.

Dans le second cas, l'amaigrissement sera plus important, le teint plus terreux, le dégoût pour les aliments plus prononcé, les douleurs moins nettement en broche, les hémorragies moins franches. La cachexie, les œdèmes, l'ascite, la phlegmatia alba dolens compléteront cet ensemble. La présence de l'acide lactique viendra plus précocement s'ajouter à l'analyse du contenu de l'estomac. Quant à la loi de Rommelaere nous avons trop peu d'exemples à citer pour tirer de ce fait une conclusion bien nette.

DIAGNOSTIC ET DISCUSSION

I. Diagnostic clinique. — C'est à ce chapitre du diagnostic que nous avons réservé la discussion des interprétations de l'ulcéro-cancer.

Voici tout d'abord ce que nous enseigne l'analyse clinique :

Les douleurs sont vives, spontanées, à irradiation postérieure, rappellant par leur siège et leur forme le caractère en broche des douleurs de l'ulcus. Nous estimons, comme M. Bouveret, que « l'intensité des douleurs établit une grande analogie entre le cancer et l'ulcère, mais il s'agit, le plus souvent, d'ulcère dégénéré en cancer ».

De plus, ces douleurs ne sont point toujours tardives, comme l'indique M. Sanerot, mais plus souvent, elles débutent une demi-heure, une heure après les repas, s'accompagnant quelquefois de vomissements acides. C'est encore un fait à rapprocher de ce qui se passe chez les malades atteints d'ulcus.

Les vomissements sont plutôt rares dans le cancer, ils sont la règle dans l'ulcère. Ils se produisent, dans l'ulcère, tout de suite après l'ingestion des aliments, ils sont, au contraire, tardifs dans le cancer. Et d'ailleurs, l'ulcère est bien la lésion la plus fréquente qui réalise le

mieux l'action irritative et excitante pour le système nerveux qui explique ces vomissements.

Les hématémèses, que l'on retrouve aussi bien dans l'ulcère que dans le cancer, diffèrent cependant, en ce que les grandes hémorragies à sang rouge appartiennent à l'ulcus, alors que c'est un suintement sanguin, de petites hématémèses, continues, répétées, couleur marc de café, qui sont plus particulières au cancer.

Cependant, on peut rencontrer dans le cancer de grandes hématémèses. Dans ce cas, il nous paraît plus vraisemblable de rattacher ce fait, comme le fait M. Boin, à propos de l'observation de Hanot, publiée dans la thèse de de M. Sanerot, à un saignement de l'ulcère, cependant que le cancer frappera le malade bien plus par la cachexie qu'il provoque.

D'ailleurs, l'hémorragie stomacale foudroyante est exceptionnelle dans le cancer, tandis qu'elle est la complication la plus fréquente et la plus redoutable de l'ulcère de l'estomac.

L'*état général* de l'ulcéreux est sous la dépendance de l'intensité ou de la fréquence des douleurs, des vomissements, des hémorragies. Un régime adéquat, l'action plus spéciale du bismuth et des alcalins font assez rapidement disparaître, au moins pour un temps, les crises, même les plus rebelles, que l'ulcus provoque.

Au contraire, le cancéreux voit son état général s'amender chaque jour. Son appétit, ses forces diminuent. Le dégoût des aliments, et de tous les aliments, s'accentue de jour en jour, et il reste des journées entières, alité, sans avoir le désir de faire aucun effort.

Il présente alors un amaigrissement considérable, un teint de cachectique, des œdèmes, de la phlegmatia alba dolens.

Or, dans l'ulcéro-cancer, l'*évolution* est lente et semble procéder par deux étapes :

Dans la première, se groupe un ensemble de symptômes, rappelant l'ulcus et tous ses caractères essentiels, et la seconde viendra ajouter à ces manifestations des faits à signification néoplasique.

Il est certainement difficile de préciser à quel moment apparaît l'évolution cancéreuse.

C'est l'inefficacité du traitement, l'exacerbation, la continuité des douleurs, la fréquence et l'abondance plus marquée des vomissements, la transformation d'hématémèses franches en suintement sanguin, cependant que le mélæna est moins considérable, qui feront penser à une transformation cancéreuse de l'ulcère.

Mais encore à ce moment, à la seconde phase de l'affection, les symptômes de la période ulcéreuse persisteront. Et si, modifiés par le néoplasme surajouté, ils prennent un aspect moins typique que dans l'ulcus, ils n'en garderont pas moins une allure particulière et assez nette qui les fera, quand même, rattacher à une lésion ulcéreuse.

De plus, l'évolution de l'ulcéro-cancer est lente. La durée moyenne en est de 25 à 30 ans. Il est donc bien difficile d'admettre une néoplasie évoluant d'une façon pareille.

Sans doute des néoplasmes comme le squirrhe peuvent demeurer, pendant cinq ans, six ans et même davantage, semblables à eux-mêmes, sans apporter de troubles très graves de la santé de ceux qui en sont atteints ; mais une évolution de 25 à 30 ans, comme celle dont nous nous occupons, est bien en contradiction avec l'idée de cancer, et il faut admettre que le cancer n'a pas frappé d'emblée l'estomac et qu'auparavant le malade était porteur d'un ulcus.

D'ailleurs, cette durée de l'évolution, nous la retrouvons, sans qu'ils l'expliquent, dans les thèses des Lyonnais, et il nous paraît très juste de considérer avec Boin que la localisation du cancer à l'estomac est particulièrement favorable à l'évolution rapide d'un néoplasme du fait des causes mécaniques et chimiques qui viennent à chaque instant irriter la lésion et l'inciter à se développer.

II. Diagnostic basé sur les examens de laboratoire. — *Chimisme gastrique.* — La présence de l'acide chlorhydrique en excès est observée dans la plupart des cas d'ulcéro-cancer.

Doit-on la considérer comme un bon signe d'ulcus, ou bien faut-il l'attribuer aussi bien au cancer? En réalité, il semble que c'est plutôt la disparition de l'acide chlorhydrique qui fera admettre l'hypothèse d'un néoplasme. Quand à sa production en excès, elle n'est point toujours un signe certain d'ulcère, et cependant elle fait plutôt penser à la préexistence de l'ulcus.

D'ailleurs, Sanerot ne cite l'hyperchlorhydrie que dans 17 cas sur 30, ce qui pourrait bien correspondre à des formes cliniques différentes, à prédominance soit ulcéreuse, soit néoplasique.

Quant à la présence de l'acide lactique, elle est tardive, apparaît avec le cancer, ne faisant son apparition qu'avec lui, absente à la période d'ulcère.

Analyse d'urines. — La loi de Rommelaere n'est point vérifiée, c'est une preuve de plus pour rejeter l'idée du cancer d'emblée.

Nous conclurons donc, dans l'ulcéro-cancer à la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère. Nous avons vu, dans le cours de cette discussion, en quoi la maladie se rapproche de l'ulcère, en quoi elle se rapproche du cancer.

C'est donc établir le diagnostic différentiel avec l'ulcus et le cancer. Avec l'ulcus, tant que dure la première phase de l'évolution, le diagnostic ne peut se poser ; plus tard, on s'aperçoit avoir affaire à un cancer, mais ce cancer n'a pas détruit les symptômes de l'ulcus.

PRONOSTIC

Le diagnostic d'ulcéro-cancer une fois fait, le pronostic est celui des néoplasmes. Si le malade est encore assez résistant, si le processus n'a point fait d'irréparables progrès, une précoce intervention chirurgicale peut faire espérer une survie plus ou moins longue. Sinon il faut compter avec les récidives, avec la cachexie, avec l'inanition progressive qui tuera le malade, dans un délai de quelques années.

TRAITEMENT

Le traitement peut être médical tant que rien ne fera soupçonner le cancer, ou bien lorsque, à la période terminale, toute intervention sera jugée inutile.

Le malade sera tenu au lait qui deviendra la base de son alimentation ; on pourra faire prendre des œufs et des purées.

Comme boisson, on donnera soit de l'eau pure, soit de l'eau de Vichy.

Comme médicaments :

Le bismuth calme les douleurs, mais il faut l'employer à doses suffisantes : 15 à 20 grammes le matin à jeun, pris en une seule fois, en suspension dans un verre d'eau chaude.

Aussitôt après, on fera coucher le malade dans différentes positions : dix minutes sur le dos, dix minutes sur le côté droit, dix minutes sur le côté gauche, dix minutes sur le ventre.

On donnera le bismuth dix jours par mois, plusieurs mois de suite.

Si les douleurs persistent, on pourra recourir aux paquets de saturation :

Magnésie hydratée	1 gr. 25
Craie préparée Bicarbonate de soude	âà 1 gr.
Sous-nitrate de bismuth	0 gr. 60
Codéine	0 gr. 005

pour 1 paquet, 1 paquet à 10 heures et 4 heures dans un peu d'eau, augmenter le nombre si c'est nécessaire (A. Robin).

Le bicarbonate de soude agira aussi très favorablement sur les douleurs, en neutralisant le suc gastrique trop acide ; il diminuera les vomissements et permettra à l'état général des malades de se relever.

A la période terminale de l'affection, il suffira de calmer les douleurs et de préparer aux malades une mort avec le moins de souffrance possible.

Aussi devra-t-on s'adresser à l'opium et à la morphine.

Mais la thérapeutique médicale est impuissante dans l'ulcéro-cancer, et lorsque à son inefficacité viendra s'ajouter l'aggravation de l'état général, il faudra absolument s'adresser aux moyens chirurgicaux.

On a proposé, dans le cas, deux procédés opératoires : la gastro-entéro-anastomose et la gastrectomie.

Le premier n'est, en réalité, qu'une intervention de nécessité ; si le cancer est très développé, qu'il y ait, par exemple, des noyaux secondaires dans le foie, on ne peut espérer des résultats véritablement curatifs.

Mais, la gastro-entérostomie calmera les douleurs que le traitement médical ne peut plus apaiser. Elle permettra souvent une survie de plusieurs mois, en apportant à l'opéré la possibilité de s'alimenter avec du lait.

En tout cas, elle évitera au malade une fin trop douloureuse et trop pénible, aussi ne faudra-t-il pas hésiter à y recourir.

Au contraire, la gastrectomie réalise une véritable cure médicale. Cette opération n'aura de chances de succès que dans le cas d'un diagnostic précoce. Lorsqu'on pourra soupçonner la cancérisation de l'ulcère avant l'envahissement ganglionnaire, avant que ne se soient produites

des métastases dans les organes voisins ; enfin, lorsque le processus néoplasique sera encore cantonné dans les tuniques de l'estomac, la gastrectomie sera le procédé de choix, et l'ablation du néoplasme sera définitive.

On voit que la gastrectomie n'est applicable que si l'on a pu déceler le néoplasme à son début, et c'est difficile ; cliniquement, c'est pour ainsi dire impossible. Aussi sera-t-il prudent, en présence d'ulcères déjà anciens, et pour ne pas arriver trop tard, d'opérer, avant même toute évidence d'infection néoplasique ; la gastrectomie, dont se posera l'indication, permettra de supprimer un ulcère, qui peut toujours aboutir à la dégénérescence cancéreuse.

CONCLUSIONS

I. L'ulcéro-cancer de l'estomac est une maladie parfaitement définie, qui ne peut être assimilée à un cancer d'emblée, à évolution particulièrement lente.

II. Dans l'ulcéro-cancer de l'estomac, c'est l'ulcère qui le premier fait son apparition, le néoplasme vient secondairement. Mais, par la suite, c'est tantôt la lésion ulcéreuse, tantôt la lésion cancéreuse qui prédomine.

III. Les arguments cliniques en faveur de l'ulcéro-cancer sont : les douleurs, les vomissements, les hémorragies qui, par leur caractère, rappellent la symptomatologie de l'ulcus ;

L'anémie plus forte que la cachexie ;

Une évolution très lente, en contradiction avec l'idée de cancer d'emblée ;

Des complications sanglantes et des perforations de l'estomac, semblables en tout point à celles de l'ulcus.

IV. Les arguments tirés des examens de laboratoire sont :

La persistance de l'acide chlorhydrique de l'estomac, son excès, qui, dans la majorité des cas, indique l'ulcère.

C'est l'infraction à la loi de Rommelaere ; dans l'ulcéro-cancer, il n'y a point d'hypoazoturie.

V. Cependant, l'on peut admettre le cancer d'emblée à type secondairement ulcéré, c'est un cas très rare, mais il ne doit pas être confondu avec l'ulcéro-cancer; de même, l'ulcéro-cancer ne doit et ne peut être confondu avec lui.

VI. Le traitement de l'ulcéro-cancer sera chirurgical dès que le diagnostic sera posé. Il réalisera par la gastrectomie la cure radicale.

D'autre part, la thérapeutique médicale pourra soulager le malade : au début de l'affection, lorsque la cancérisation n'aura pas été dépistée ; à la fin, lorsqu'il sera trop tard pour opérer.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 11 juillet 1912.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 12 juillet 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

4 1

BIBLIOGRAPHIE

Abrocchi. — Import. sympt. d'ulcère et cancer de l'estomac. Clinica moderna. Août 1904.

Adler. — Gastrectomie pour cancer gastrique. Lyon médical, 1906.

Albu. — Présentat. de malad. Soc. méd. interne., Berlin, 1904.

— Cancer d'estomac à évolution lente et hyperchlorhydrie Société méd. int. Berlin, 1901.

Alex. — Cancer d'est. greffé sur anc. ulcère. Lyon-Médical, 1896.

Anglada et Baumel. — Soc Sc. Méd. Montpellier. Mars 1911.

Audistère. — Dégénérescence cancéreuse d'ulcère de l'estomac. Th. Paris, 1902-1903.

Bade. — Contribution clinique et anatomo-pathologique sur le cancer de l'estomac compliquant l'ulcère. Dissert. Erlangen, 1894.

Ball. — Perforation d'estomac au cours d'ulcère latent méconnu. Th. Paris, 1903-1904.

Bakes. — Présentation, Soc. Méd., Vienne. (Wiener med. Wochensch., 1905.)

Bard. — Formes cliniques du cancer de l'estomac. Semaine Médicale, 1904.

Berrier. — Contribution à l'étude de coexistence de l'ulcère et du cancer de l'estomac. Th. Paris, 1901-1902.

Blanc. — Cancer d'estomac à forme anémique. Th. Paris, 1901.

Boeckel. — Ablation d'estomac pour une tumeur cancéreuse greffée sur un ulcère. Bull. Acad. Méd., 1901.

Bouin. — De l'ulcéro-cancer de l'estomac. Th. Bordeaux, 1911.

Bourguet. — Valeur du chimisme gastrique. (Cong. Lyon, 1894).

Bouveret. — Traité des maladies de l'estomac, 1893.

— Les sténoses pyloriques. Lyon Médical, 1901.

Chapet. — Ulcère gastr. et dégénéresc. cancéreuse au début. Soc. Méd. Hôpitaux, 1897.

Combarel. — Contribution à l'étude de quelques variétés d'ulcère gastrique. Th. Toulouse, 1901.

Cruveilhier. — Anat. Patholog., 1830-1842.

Debove, Achard et Castaigne. — Manuel des maladies du tube digestif.

Debove et Renault. — Ulc. d'estomac. Bibl. Charcot-Debove, 1892.

Debove et Soupault. — Cancer greffé sur ulcère. Bull. Acad. Méd., 1895.

Delore et Leriche. — Cancer simulant l'ulcère. Rev. Chirurgie, 1904.

— Cancer d'antre pylorique. Rev. Chirurgie, 1905.

Dieulafoy. — Cliniq. méd. d'Hôtel-Dieu, 1898.

Duplant. — De la prétendue transformation d'ulcère rond en cancer. Th. Lyon, 1898.

Eisenlohr. — Cancer développé sur ulc. d'estomac. Deutsch. med. Wochensch., 1890.

Folcher. — Considérat. sur sclérose disséminée dans ses rapports avec cancer latent d'estomac. Th. Montpellier, 1900-1901.

Fuetterer. — Transformation d'ulcère rond en cancer. Th. Paris, 1902.

Gross. — (P. et G.). — Perforation d'estomac par ulcère. Rev. Chirurgie, 1904.

Gwyn. — Cancer gastr. associé à l'ulcère. Philadelph. Med. jour., May, 1903.

Hanot. — Cancer simulant un ulcère simple. Arch. gén. Med., 1884.

Hayem — Bulletin. Acad. Médecine. Avril 1908.

— Ulcéro-cancer prépylorique. Presse médicale, 1901.

— Contribution à l'étude des formes anémiques du cancer de l'estomac. Arch. gén. de Méd., 1904.

Hayem et Bensaude. — Deux cas de longue survie après gastrectomie, Gaz. Hôp., 1906.

Hoche. — Cancérisation des bords d'ulcère chronique d'estomac. Rev. Méd., 1903.

Hauser. — Monographie, Leipzig, Vogel, 1883.

Jedlicka. — Traitement chirurgical de l'ulcère chronique de l'estomac. Prague, 1904.

Kelling. — Munchener. Med. Wochensch. Septembre 1910.

Kocher. — Congrès de la Société allemande de chirurgie, 1912.

Korczinski et Jaworski. — Rapports cliniques de cancer et d'ulcère gastrique. Deut. Med. Woch., 1886.

Krokiewicz. — Cancer d'estomac consécutif à ulcère rond. Wiener Klin. Wochenschrift, 1901.

Lorenzi. — Diagnostic d'ulcère et cancer d'estomac. Th. Paris, 1895.

Marion. — Sténoses pyloriques. Th. Montpellier, 1901-1902.

Mathieu et Roux. — Diagnostic et traitement d'ulcère chronique. Gaz. Hôp., 1903.

Mathieu. — Trois cas de cancer succédant à un ulcère simple. Soc. Méd. Hôpit., 1897.

Moussault. — De la douleur à type hyperchlorhydrique dans cancer de l'estomac. Th. Paris, 1901-1902.

Œttinger. — Dégénérescence cancéreuse d'ulcère simple d'estomac. Sem. Méd., 1903.

Pignal. — Transformation d'ulcère rond en cancer. Th. Lyon, 1891.

Rauzier — De la diminution de l'urée dans le cancer. Th. Montpellier, 1889.

Rauzier et Roger. — Sur un cas de cancer greffé sur un ulcère gastrique et d'un nouvel ulcus développé à la surface de l'infiltration cancéreuse. Généralisation au foie. Symptomatologie fruste. Mort rapide par perforation de l'ulcéro-cancer. Soc. Sciences Méd. Montpellier, 9 février 1912.

Remon. — Adh. gastr. consécut. à ulcère d'estomac. Th. Paris, 1901-1902.

Rivière (G.). — Tr. chirurg. d'ulcère gastrique. Th. Lyon, 1905-1906.

Russel — Contr. à étude évolut. d'ulcère d'estomac. The Lancet, 1902.

Sabatié. — Ulcère de région pylorique. Th. Paris, 1902.

Sanerot. — Cancer d'est. à évolution lente. Th. Lyon, 1906.

Sorel. — Ulcère et cancer d'estomac. Soc. Méd. de Rouen, 1903.

Tapret. — Cancer hémor. à forme d'ulcère rond. Union Méd., 1891.

Tripier (R.). — Gastrorragies dans leurs rapports avec les ulcérations stomacales. Sem. Méd., 1898.

Trousseau. — Cliniques médicales.

Tuffier. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 9 juin 1909.

Wœtzoldt. — Cancer greffé sur ulc. gastr., Charité. Annal., 1885.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !